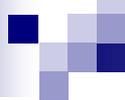




Fallbeispiele aus der Praxis

Maria Korak-Leiter



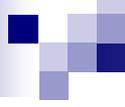
Herr X., 46 Jahre

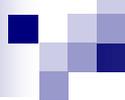
- 2.2.09: Lumbago, Schmerzen HWS, verstärkt durch körperliche Belastung
- Medikamentöse Therapie non vult, Zuweisung Physiotherapie

2 Wochen später

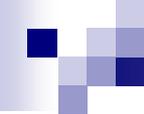
- Radikuläre Ausstrahlung S1 li, vor allem bei Lagewechsel vom Sitzen zum Aufstehen
- NRS 2-3 in Ruhe, max. 7 bei Belastung
- Neuropathische Schmerzen, ziehend, z.T. brennend
- Aktuell Verzweiflung, starke Schmerzen

- 
- Gespräch
 - Neodolpasse Infusions-Serie
 - Med.: Amitryptilin abends, NSAR und Tramadol Tr. tagsüber
 - Plan: Physiotherapie weiter mit begleitender Infusionsserie
 - Krankmeldung

- 
- 16.2.09: Zuweisung MRT (Breitflächige Protrusion L3/L4 und L4/L5, breitflächiger dorso-medianer Discusprolaps L5/S1)
 - 18.2.09: Infusionsserie beendet, Physiotherapie und med. Therapie läuft weiter. Schmerzen nur mehr bei Belastung NRS 2-3, Nachtschlaf gut, Krankenstand beendet

- 
- Rasch analgetische Therapie, begleitende Physiotherapie, Gespräch über Ursache und Prognose, MRT sinnvoll ?, keine Chronifizierung
 - 1.4.2009: Tonsillopharyngitis, orale Schmerztherapie beendet
 - 2010: kleine SAB ohne Nachweis einer Blutungsquelle, anschl. 2x stat. und amb. Neurologie wegen Schwindel. Verdacht auf Angststörung

- 
- März 2016: Leistungsabfall,
Sprachschwierigkeiten,
Muskel fascikulationen
 - Abklärung Privatklinik: Verdacht
Amyotrophe Lateralsklerose
 - Erhärtung Univ.Klinik Innsbruck

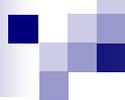
- 
- April 2016: Auszeit, Krankmeldung, Psychische Verarbeitung, Familiengespräche, Med: Rilutek (Glutamat Antagonist Riluzol)
 - Mai 2016: Behandlung in Lärchenpyramide
 - Juni 2016: Therapie aus USA, kompliziertes Schema aus Nahrungsergänzungsmitteln, Spurenelementen, Vit. B12
 - Arbeitsplatz: selbe Firma, anderer Bereich

- 
- Jänner 2017: Aspirationspneumonie, Sprechen wird immer schwieriger
 - Gewichtsverlust
 - März 2017: PEG Sonde
 - Oktober 2017 Heim CPAP
 - April 2018 verstorben

- 
- Inzidenz ALS: 1-3 auf 100.000
 - Prävalenz: 3-8 auf 100.000
- 2009 bis 2016: 5 Patienten

Buprenorphin transdermal

- Pat Y., 84 Jahre, weiblich
- 1/2009, sehr guter AZ, St.p.Knie TEP, art hypertonus
- Haus, Garten selbstständig
- 5/2011 zunehmende motorische Unruhe, fremdanamnest. Vergesslichkeit (lt Sohn seit der Narkose für Knie TEP vor 2 Jahren), neurolog. Vorstellung: Demenz vom Alzheimerertyp, Pat versorgt sich weiterhin selbst
- 2012 Progredienz (MMS 21/30), Inkontinenz, Combustio, Stürze, Hämatome
- 2014 2x stationär, Pflegeheim

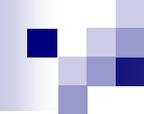
- 
- 2014 bis 2016 zunehmend herabgesetzte Mobilität, allerdings mehrere Stunden täglich im Rollstuhl und Teilnahme an sozialen Aktivitäten
 - 5/2016: Herpes zoster S1, S2, kurzfristig Fentanyl transdermal und Novalgin

- 
- 2020 zunehmender Rückzug, Abwehr gegen pflegerische Tätigkeiten, Schmerzäußerung nicht klar, allerdings Mimik und vegetative Symptome
 - 3/2020 Buprenorphin 5µg, ruhiger, weniger angespannt
 - 5/2020 Abnahme der oralen Zufuhr, Gespr. mit Personenvertreter
 - 11/2020 Covid 19 Infektion, red AZ, O2 Zufuhr, Vendal
 - 5/2021 orale Zufuhr ausreichend, zaghafte Mobilisation
 - 11/23 neuerlicher fieberhafter Infekt, Aspiration, Pat. Verstirbt im Pflegeheim mit palliativmedizinischer Begleitung

Buprenorphin transdermal

- Pat. Z., 82Jahre weiblich
- 10/2019 chron. Lumbalgie , St.p. Spondylodese L3-S1 2007, St p. postoperative PAE, St.p. H-TEP re, Osteoporose/Osteopenie, Glaukom
- Novalgin 2xtgl., Rheutrop 1-0-1, mehrer Physiotherapien mit kurzfristiger Linderung
- Mit 2 Krücken mobil, muss Sitzen beim Kochen, bei Belastung tagsüber VAS 10 LWS mit Ausstrahlung bds., nachts: ziehende, stechende Schmerzen, Kältegefühl

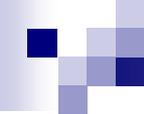
- 
- Versorgt sich selbst, wohnt gemeinsam mit 60 jährigen Sohn (fokale Epilepsie bei perinataler Hirnschädigung und symptomatischem autistischem Psychosyndrom)
 - Emotionale Belastung, depressiv, Zukunftsangst

- 
- Novalgin 1-1-1-1, Pregabalin 50mg 0-0-1, Sertralin 50mg 1-0-0, Rheutrop möglichst beenden
 - Lösungsangebote: Hilfe zu Hause, Betreuung des Sohne in Tagesstätte
 - 2019/2020 Osteoporose, VH-Flimmern, Schmerzsymptomatik im Griff

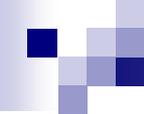
- 
- 5/2020 Bewegungseinschränkung, Schmerzen wieder verstärkt, Gewichtszunahme, VAS 7 bei Belastung
 - Buprenorphin 5µg
 - 6/2020 VAS 3
 - 8/2020 bis aktuell stabil, bei Schmerzspitzen Novalgin 2-2-2 kurzfristig
 - 1/2023: Bullöse Läsion 2. Finger re

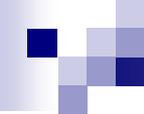
Buprenorphin transdermal

- Pat X, 83 Jahre, weiblich
- Zum Zähne ausbeißen
- 1/2013, Visite bei Gatten (cerebraler Insult, Hemiparese, multimorbid)
- Soziale Situation: Landwirtschaft auf 1.100m Seehöhe, Mobilität Küche-Bad-Schlafzimmer
- Sohn und Töchter sowie 2x täglich mobile Pflege

- 
- Dg: art Hypertonus, Adipositas, chron Schmerzen (in die Fias)
 - Borrelliose, narbige Veränderungen bd Unterschenkel und Knöchelregion, fragl Neurolysen
 - Neuropathische Schmerzen, stechend, brennend
 - Lumbalgie und Coxalgie bds.

- Bis dato keine Schmerzmedikation
 - Gabapentin 300mg 0-0-1, steigern auf 1-0-1, Kontrolle vereinbart
- 3/2014: Gabapentin 1-1-1, gute Verträglichkeit, Schmerzen Vas 5?, Nachtschlaf nicht gestört
- 4/2017 Ulcera cruris, Erysipel Unterschenkel, card Dekompensation - Rekompensation
- 12/2019 Schmerzen diffus, nicht radikulär in beiden UE, schmerzfreie Gehstrecke praktisch 0, Zuweisung Gefäßambulanz

- 
- 3/2020 Schmerzen weiterhin, keinerlei Abklärung gewünscht
 - Buprenorphin 5 µg, Wechsel alle 7 Tage
 - Eine Woche später 10µg, 2 Wochen später 35µ
 - 6/2020 Erhöhung auf 70µg
 - ???!!!!!!

- 
- Schmerzen (welche?) gut gelindert, Mobilität für ihre Verhältnisse ausreichend, keine Nebenwirkungen
 - Rein symptomatische Schmerztherapie
 - Dosis seit 2 Jahren gleichbleibend
 - 2023: akute KH-Aufnahme, fieberhafter Harnwegsinfekt, akut auf chronisches Nierenversagen

Frau X., 25 Jahre

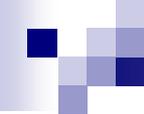
- 24.4.09: stechende Schmerzen li paravertebral BWS, lt. Pat 2008 mittels EKG, Labor u Lungenröntgen bereits untersucht. Zusätzlich Druckschmerz der paravertebralen Muskulatur HWS, Schmerzen ausstrahlend in beide Schultern und occipital. Dauerschmerz NRS 3, nozizeptiv
- Deutlicher Muskelhartspann

- 
- Therapieplanung
 - Leiterin eines gr. Einkaufszentrums
 - Starke Belastung
Krankenstand nicht möglich
 - Physiotherapie am Dienstort, morgens vorher in meiner Ordination Infiltration mit Xyloneural insgesamt 12x
 - Orale analget. Medikation abgelehnt

- 
- 3.7.2009: letzte Infiltration, Pat. kommt gut zurecht
 - 4 Monate später: Schwangerschaft, Übelkeit, aber glücklich, orale Med. wegen Kinderwunsch abgelehnt
 - Schmerzen paravertebral HWS und BWS praktisch nicht mehr vorhanden.
 - 2013 Kind Nr. 2

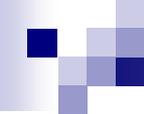
Frau X., 66 Jahre

- 30.11.2009: Hypertonus, komplizierte familiäre Verhältnisse, schwerkranker Gatte, sozial benachteiligte Tochter, 2 verhaltensauffällige Enkel
- Atemabhängige Schmerzen re. thorakal, subfebrile Temperatur, Husten, oberer Luftwegsinfekt

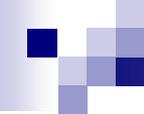
- 
- Auskult. VA bds., fortgeleitete RGs, Schmerzen mittlere BWS mit Ausstrahlung nach re. seit mehreren Monaten, bewegungsabhängig
 - Pneumonie, Pleuritis, Infekt mit gleichzeitig vorbestehenden muscoloskeletalen Schmerzen ?

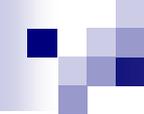
- Antibiotische Therapie, Ambroxol, Zuweisung Röntgen BWS, Lunge, Mammographie (es zieht in die re Brust hinein)
- 3.12.09: Kontrolle, wesentlich besserer AZ, Schmerzen nur mehr gelegentlich, ziehend, NRS nicht erhebbar, Röntgen BWS: re konvexe Skoliose, deutliche Intervertebralarthrosen, degenerative Veränderungen Cor/Pulmo: Cor hypertonicum, angedeutete streifige Verdichtungen perihilär, Bronchitis.

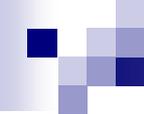
Mammographie noch ausständig

- 
- 21.12.09: Mammographie: re Mamma
23x30mm großer echoarmer
Verdichtungsbezirk, hochgradig suspekt
 - Zuweisung Chirurgie, Mastektomie am
4.2.2010, Mamma CA re
 - 16.2.2010: Szintigraphie Nuclarmed.:
Verd. auf ossäre Metastase 8.Rippe re

- 
- Zeitverlauf: 21 Tage zwischen Diagnose Bronchitis und Zuweisung zur chirurgischen Therapie, 14 Tage bis zur Mastektomie
 - Port-a-cath, Chemotherapie, Radiatio
 - Pflegegeld
 - 2014 stabiler Zustand, Kontrollen ok
 - 2017 tach VH Flimmern
 - 2021 guter AZ, Covidimpfung
 - 2022 körperl Belastung und Tierhaltung reduziert

- 
- 3/2023: Gewichtszunahme, Dyspnoe, art. Hypertonus.
 - Cardiale Dekompensation
 - Aortenklappenstenose, rez Synkopen
 - TAVI
 - 6/24 Rezidiv N.mammae Thoraxwand re, und Verdacht auf multiple Läsionen (pulmonal, mediastinal, Hals)
 - Kombinierte Radiochemotherapie

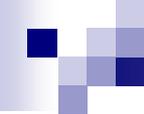
- 
- Herr Kommerzialrat X., 92a, verwitwet
 - St p CHE und Magen OP in den fünfziger Jahren, St p TUR prostatae wegen BPH(2000)
 - 10/2009: interm. Vertigo. Sonographie d. Halsgefäße ohne relevante Stenose, normoton, EKG: SR, 72/min, Linkstyp

- 
- 10/2010: neuerl. Schwindel, Sturzgeschehen, Einweisung zur stat. Abklärung
 - 24h RR und EKG, Rö: Granatsplitter Hüfte re, fragl.osteopl. Metast. LWK II, PSA 11,7(unter 6,5ng/ml), HNO: chron. Rhinitis
 - Med: Mexalen 2x500mg bei Schmerzen, Aeromuc, Laevolac
 - PSA Kontrollen: bei Erhöhung eventuell Biopsie und Einleiten einer Hormonersatztherapie



3/2011, Freitag: seit mehreren Tagen
Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen ges.
WS, alle Gelenke

- Plan: Paspertin Tropfen, Novalgin Tr.,
Laborkontrolle nächste Woche

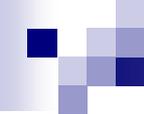
- 
- 23.3.11: Leuko 2,4
 - Ery 2,42, HB 7,6, HTK 22,0
 - Thrombo 52 000
 - CRP, Transaminasen, Kreat. normal
 - PSA: 14,68
 - Fe, Ferritin, Vit B12, CEA, CA 19-9 normal

- 
- Panzytopenie, red. AZ,
 - Prostata CA mit zunehmender Metastasierung ?
 - 17.00.:Anruf: für nächsten Tag zur Wiederholung des Labors bestellt. Pat. ist immer noch schwach, fühlt sich aber schon viel besser, die Tropfen helfen
 - Ordinationsende

- 
- 19.00: die nervöse Hausärztin hat Rettung für Transport bestellt und Pat. beim Kollegen an der Notaufnahme angekündigt. Große Aufregung

- 
- 24.3.: 7.00 Pat. steht in meiner Ordination mit Kurzarztbrief der Notfallaufnahme
 - Labor unauff.,
 - Mikrothromben, vom Analysegerät nicht detektiert, gleichm. Erniedrigung sämtl. Blutbildparameter

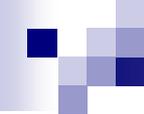
- 
- Was passiert mit der erhöhten PSA ?
 - 2012 PSA Werte konstant, RÖ LWS wegen Lumbago, fragl. Metastasierung L5
 - Analget Med: Tramadol ret 200mg/24h, Diclofenac interm. bis 2x75mg
 - 2014: PSA weiterhin konstant, keine zusätzlichen Röntgenveränderungen im LWS bereich, keine orale analgetische Medikation
 - 2x stat Aufenthalt wg Pneumonie, zus tachycardes VH Flimmern

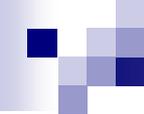
- 
- Mai 2014: neuerliches Sturzgeschehen, Rippenfraktur, stationär primär Unfallchirurg. Abteilung, dann Lungenabteilung wegen Pneumonie
 - Zunehmende Verschlechterung des AZ
 - Entlassung mit 24h Pflege nach Hause
 - Pat verstirbt zu Hause mit 97 Jahren

Frau X., 35

- Vertretung am 27.2.2012
- Seit 2 Tagen Kopfschmerz re temporal, periauriculär, dumpf, drückend
- Mefenaminsr. ohne Wirkung, leichte Rhinitis
- Druckausgleich?

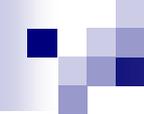
- 
- HNO Status bis auf gering eingezogenes TF unauff, leichte Rhinitis
 - Bestrahlen, Nasentropfen, Krankmeldung?, HNO FA Kontrolle

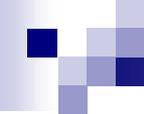
- 
- 13.3.2012 nächster Besuch
 - Verlauf 2/2012: Ohrschmerz und Kopfschmerz re nicht besser, HNO Facharzt: fragl. Tubenkatharr re, Röntgen Schädel und NNH oB.,
 - Neurologe: Nasivin und Paracetamol weiter, Zuweisung CT cerebri

- 
- 2.3.2012: Neurolog. Abteilung Klinikum Klagenfurt: Thrombose Sinus transversus und Sinus sigmoideus re
 - Lysetherapie
 - Orale Antikoagulation
 - Keine neurolog. Ausfälle
 - Wie wärs mit einer besseren Anamnese beim Vertretungsfall ?
 - 2015 OAK beendet, Geburt eines Kindes

Herr X, 63a

- Erstkontakt Febr.2014
- Ausführliche Anamnese, primär veterinärmedizinisch
- Diagnosen: MCI und Stent 1995, cerebraler Insult 2009, chron NINS (CKD3b), Polymyositis, Polyarthralgien, Diabetes mellitus, Antrumgastritis, Depressive Episode, auffallend kachektisch, BMI 16

- 
- Letzter stat. Aufenthalt vor 1 Woche beendet: reduzierter AZ und EZ, starke Schmerzen perianal und Dammbereich
 - Ausführliche bildgebende Diagnostik, GI-Abklärung, Onko- PET Untersuchung, EEG, HNO, Neurologie, Rheumatologie
 - Polymyositis als Schmerzursache, kein Hinweis auf Malignom

- 
- Hauptschmerz beim Sitzen, perineal, ausstrahlend beide Beine, brennend NRS 8
 - Li Körperhälfte, Schulter, Hals und Gesicht: brennender, neuropathischer Schmerz NRS 7 bis 8 (zentral neuropathischer Schmerz)
 - Die Schmerzen sind dauernd vorhanden, bessern sich auf keinerlei med Therapie
 - Unangenehmer Speichelfluss

Medikation

- Cymbalta 60mg 1-0-0
- Pantoloc 40mg 1-0-0
- Diamicron 30mg 2-0-0
- Imurek 50mg 1-0-0
- Lyrica 200mg 1-0-1
- T ASS 100mg 0-1-0
- Torasemid 20mg ½-0-0
- Spironolacton 50mg jd 2. Tag
- Simvastatin 40mg 0-0-1/2
- Erythropetin 1/pro Woche
- Concor 2,5mg 0-1/2-0
- Quetiapin 100mg 0-0-1
- Zoldem 10mg 0-0-1
- Mirtabene 45mg 0-0-1
- Topilex 50mg 0-0-1
- Aglandin 0,4mg 0-0-1
- Noax 200mg 0-0-1
- Voltaren 50mg bis 4x1
- Tardyferon Fol 0-1-0

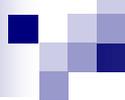


Bisherige Schmerztherapie

- CT gezielte Blockaden LWS und HWS
- Schmerzpflaster?, Codidolmedikation mit Entzugerscheinungen nach abruptem Absetzen
- C2H50H vor Jahren

Plan

- Lyrica auf 75mg 1-0-1 red. (NINS)
- Cymbalta, Mirtabene, Quetiapin, Zoldem absetzen, statt dessen Saroten 0-0-25mg, Voltaren beenden
- Versuch mit Dronabinol Tropfen bis 3-3-3
- Opioidmedikation wird abgelehnt
- Stationärer Aufenthalt wird abgelehnt



Ziel

- Nur kurzfristige Ziele möglich
- Schmerzreduktion
- Erstes Ziel: möchte beim Abendessen einmal ohne Schmerzen sitzen können
- Kontrollen wöchentlich

Kontrolle

- Schmerzen nicht wesentl gebessert, Dronabinol 3x5 Tr
- Reduktion der Antidepressiva und Lyrica wurde gut toleriert
- Speichelfluss nicht mehr vorhanden
- Voltaren abgesetzt

Kontrolle

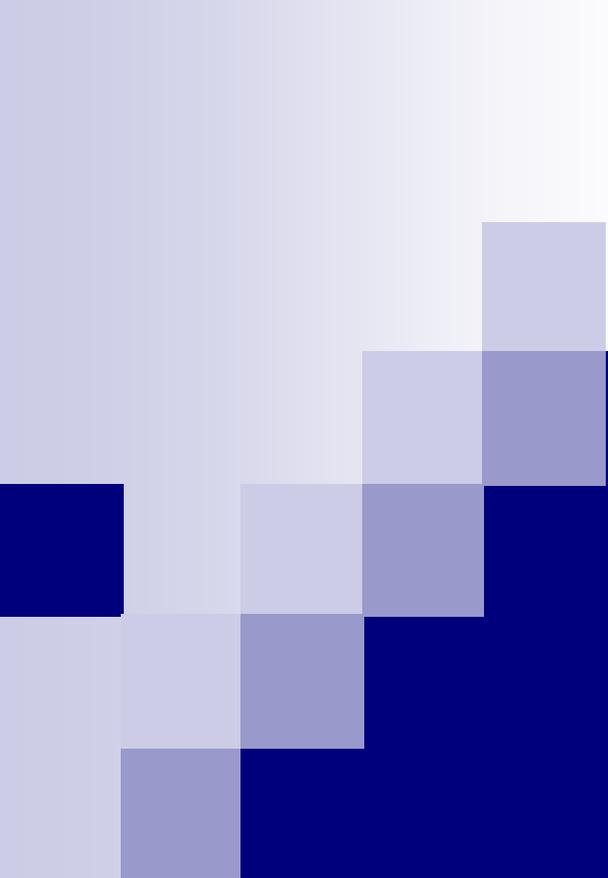
- Hydromorphon 4mg-0-2mg
- Noax beendet
- Nach 2 Wochen erh. auf 6mg-0-2mg, keine NW, Schmerzred. des perinealen Schmerzes auf NRS 4, Sitzen am Abend deutlich leichter, Teilziel erreicht
- Große Angst vor Abhängigkeit (bei mir auch)
- Katze ist gestorben

Kontrolle

- April 2014: zus. Hydal 2,6mg Kapseln bis 3x1
- 2 Wochen später: Hydal Kps wird max 2xtgl benötigt, Pat sehr zufrieden, Hydromorphoneinstellung konstant. Dronabinol beendet
- Weiterhin regelmäßige Kontakte (Erypo)
- 2015: plötzlich keine Kontrollen mehr, mehrere Arztbriefe Privatklinik und Lungenabteilung. Rezidivierende Pneumonien, Aufenthalte zu Hause nur mehr für Tage. Patient verstirbt im KH im Frühjahr 2015 an schwerer Pneumonie

Conclusio

- Schmerzreduktion, kurzfristige kleine Ziele
- Regelmäßige Kontrolle, kleine Schritte
- Chron. Schmerzen
- Problem der Polypharmazie



Danke für Ihre
Aufmerksamkeit